

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

1509

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre HUCHET

Né le 9 Décembre 1909, à NANTES (Loire-Inférieure)

Les sinusites chroniques
d'origine dentaire

Etude critique
de leur traitement chirurgical

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre HUCHET

Né le 9 Décembre 1909, à NANTES (Loire-Inférieure)

Les sinusites chroniques d'origine dentaire

Etude critique
de leur traitement chirurgical

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	

Professeurs sans chaire



MM	
ROUVIERE	
LEON BINET	
STROHL	
POLONOVSKI	
ROBERT DEBRE	
BRUMPT	
BAUDOUIN	
ABRAMI	
MONDOR	
LEROUX	
CHAMPY	
TIFFENEAU	
HARVIER	
TANON	
BALTHAZARD	
LAIGNEL	
LAVASTINE	
FIESSINGER	
CHIRAY	
LOEPER	
CARNOT	
Marcel LABBE	
CLERC	
LEREBOULLET	
NOBECOURT	
H. CLAUDE	
GOUGEROT	
GUILLAIN	
LEMERRE	
CUNEO	
GOSSET	
GREGOIRE	
LENORMANT	
HERBIEN	
CHEVASSU	
LEVY-SOLAL	
COUVELAIRE	
JEANNIN	
MOCQUOT	
OMBREDANNE	
RATHERY	
LEMAITRE	
Pierre DUVAL	
VILLARET	
TROISIER	
MATHIEU	
Clovis VINCENT	
LAUBRY	
N...	
HAZARD	
HOVELACQUE	
MULGN	
OLIVIER	
SANNIE	
VERNE	

II. — Agrégés en exercice

MM		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
RENARD Henri	Pathologie	médicale.
BERNARD Et.	Pathologie	médicale.
BESANCON (J.)	Hydrologie.	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CATHALA	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.
CHEVALLIER	Pathologie	médicale.
DOGNON	Physique	
FUNCK	Pathologie	chirurgicale.
FEY	Urologie.	
GAILLARD	Parasitologie.	
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL- LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEILL-HALLÉ

Education physique.
Radiologie clinique
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

A MON PERE

En témoignage de ma profonde et
fidèle affection.

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'ANGERS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR GAHINET

Qui nous a confié le sujet de cette
thèse et qui a toujours été pour nous
un guide et un modèle.

En témoignage de notre affectueuse
et infinie gratitude.

Les sinusites chroniques d'origine dentaire

Etude critique de leur traitement chirurgical

AVANT-PROPOS

Sur le conseil de M. le Docteur Gahinet, ancien Directeur de l'Ecole de Stomatologie d'Angers, nous avons l'ambition d'entreprendre un travail assez complet comportant non seulement l'étude des différentes manifestations infectieuses du cavum consécutives à des *infections radiculaires*, mais encore l'analyse de certains autres états pathologiques du sinus maxillaire, présentant sensiblement les mêmes symptômes, et redevables du même procédé opératoire que nous voulons exposer et défendre.

Pour nous permettre de mener à bien cette étude, le Docteur Gahinet avait bien voulu depuis quelques mois nous ouvrir largement son cabinet et ses dossiers et nous commençons à dépouiller les observations recueillies par lui au cours d'une pratique stomatologique de 35 ans quand nous avons été obligé de répondre à l'appel de la Patrie et de rejoindre notre régiment.

Le présent travail ne sera donc qu'un résumé de celui que nous avons envisagé et qui devait faire le sujet de notre thèse de doctorat.

Nous avons la ferme intention de le compléter ultérieurement en reproduisant les clichés radiographiques, les dessins, et les photographies de moulages qui devaient rendre plus compréhensibles certaines descriptions théoriques.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Nous précisons une fois pour toutes que nous ne parlerons pas du tout des sinusites aiguës, qu'il s'agisse du banal empyème, ou de certaines formes graves qui accompagnent les ostéites suraiguës du maxillaire supérieur et dont le tableau clinique ainsi que les conséquences sont parfois très dramatiques.

Nous nous bornerons strictement à l'étude des sinusites chroniques à point de départ dentaire.

Remarquons tout de suite que l'étiologie et la symptomatologie de ces sinusites, ainsi d'ailleurs que leur traitement, nous paraissent d'une clarté parfaite si l'on veut examiner de près le squelette de la face et se rendre compte des rapports anatomiques très intimes existant entre les racines des prémolaires et molaires du haut et la cavité de l'antre.

Sans vouloir alourdir ce travail d'une description anatomique qui figure dans tous les traités, précisons succinctement que la cavité sinusiennne, dont les dimensions et la forme sont extrêmement variables suivant l'âge, la race, le sexe, est tapissée d'une muqueuse assez mince quand elle est saine mais qui,

comme nous le verrons, peut devenir très épaisse sous l'influence d'une infection chronique.

Rappelons aussi que la plupart des traités donnent à l'antre d'Higmore la forme d'une pyramide tronquée et quadrangulaire.

La paroi antérieure, aussi appelée génienne à cause de son rapport avec la joue, rejoint en haut le bord orbitaire.

Les parois postérieure et inférieure, étant séparées par un bord arrondi peu apparent et émoussé, peuvent être décrites ensemble : elles sont concaves et ont l'épaisseur approximative de 2 m/m, elles constituent aussi la paroi antéro-médiane de la fosse infratemporale.

La paroi supérieure forme le plancher de l'orbite, c'est la paroi la plus mince.

La base du sinus maxillaire, décrite aussi sous le nom de paroi médiane ou nasale, se trouve en rapport avec les fosses nasales, correspondant de haut en bas avec quelques cellules ethmoïdales et dans toute la hauteur des cornets moyen et inférieur. Très mince, au-dessous d'elle, s'ouvrent les orifices du sinus maxillaire qui sont au nombre de deux. L'un, constant, se place en avant de l'infundibulum, l'autre est situé dans la paroi médiane, mais fait souvent défaut.

Revenons sur la paroi inférieure qui nous intéresse particulièrement et que l'on désigne généralement sous le nom de plancher du sinus.

Le terme de plancher paraît ici impropre car la

paroi inférieure du sinus qui correspond à la partie postérieure du procès alvéolaire n'est jamais plate et se présente le plus souvent comme un sillon plus ou moins large et plus ou moins profond, où les racines des molaires et parfois des prémolaires forment des saillies.

Au niveau des prémolaires, et surtout de la première, la couche osseuse qui sépare le fond de l'alvéole du sinus est relativement épaisse alors qu'au niveau des deux premières molaires, le toit osseux qui représente la séparation se réduit à une mince lamelle, qui souvent est incomplète et qui, en tout cas, se résorbe rapidement sous la moindre infection, de sorte que les racines de ces deux dents pénètrent réellement et directement dans le sinus.

Ces dispositions anatomiques permettent de se rendre compte aisément du mode de propagation de l'infection dentaire à la muqueuse du sinus et nous dispensent de longs commentaires sur l'étiologie et la pathogénie de l'affection que nous étudions.

De même que les communications qui existent entre la fosse nasale et le sinus rendent presque fatale la propagation au sinus des infections nasales, on comprend aisément que toute infection d'une racine de dent plongeant dans le sinus, ou qui n'est séparée de la muqueuse de l'antre que par la barrière osseuse fragile et perméable que nous venons de décrire, doit inéluctablement contaminer peu à peu le cavum. C'est bien ainsi que les choses se passent.

Prenons le cas le plus fréquent. Une première

molaire du haut est mortifiée soit spontanément soit à la suite d'une dévitalisation pratiquée par un dentiste. Cette dent est infectée, mais elle ne fait aucun mal. Elle n'est sensible ni au froid, ni au chaud ni au choc.

Dans beaucoup de cas, le patient ne portera aucune attention à cette dent indolore quoique infectée. Dans d'autres cas, il se rendra chez son dentiste et on entreprendra la désinfection de cette dent pour en faire soit le support d'une couronne, soit même un pilier de bridge.

Le traitement radiculaire, mené prudemment, peut dans certains cas donner d'excellents résultats, et la dent traitée pourra en effet être conservée indéfiniment sans aucun dommage ni pour le sinus, ni pour les tissus limitrophes. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi.

Dans le premier cas — absence de tout traitement — les microbes, qui pullulent dans le canal au milieu de déchets organiques, franchiront peu à peu l'apex de la dent etensemenceront d'abord les tissus péri-dentaires, puis la mince lamelle osseuse qui protège mal le sinus, et l'infection gagnera de proche en proche la muqueuse de celui-ci.

Dans le cas où le traitement radiculaire de cette molaire infectée est entrepris, il y a également à craindre que certains éléments infectieux du canal soient refoulés malgré toutes les précautions et l'on peut dire sans exagération que, très souvent, c'est un dentiste bien intentionné mais imprudent qui,

à l'aide de mèches, détermine la sinusite en refoulant l'infection au delà de l'apex jusqu'aux tissus qui étaient encore à peu près indemnes.

Dans l'un comme dans l'autre cas, l'infection ne pénétrera dans le sinus qu'après avoir franchi et contaminé :

A. — Les éléments cellulaires épithéliaux et conjonctifs qui remplissent l'espace virtuel qui se trouve entre l'extrémité de la racine et le fond de l'alvéole et qu'on décrit communément sous le nom « d'espace de Black ».

B. — Le tissu osseux qui forme le toit de l'alvéole et le plancher du sinus.

Toute sinusite chronique d'origine dentaire débute donc nécessairement par un foyer d'ostéite.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comment vont réagir les divers tissus péri-dentaires successivement atteints par l'infection radiculaire qui a franchi la barrière apicale ?

Comme nous l'avons dit, les premiers envahis sont les éléments cellulaires de l'espace de Black que l'on pourrait comparer à des sentinelles destinées à empêcher les microbes venant de la racine infectée de contaminer les tissus et vaisseaux du voisinage. Tant que les cellules sont indemnes et bien vivantes, l'infection restera strictement locale et cantonnée dans la racine.

Mais il suffira qu'une simple grippe, qu'une maladie infectieuse vienne diminuer la résistance de ces sentinelles vigilantes ou qu'un traitement radiculaire imprudent vienne les traumatiser pour que l'état de paix armée qui peut exister très longtemps entre les microbes de la dent et les cellules péri-dentaires soit rompu.

Suivant l'importance et la virulence de l'invasion, on pourra observer toute la gamme des complications aiguës ou chroniques.

Les éléments cellulaires peuvent être mortifiés rapidement et ce sera l'abcès banal s'ouvrant soit dans le vestibule soit, dans le cas des dents placées sous le sinus, dans l'antre lui-même.

Plus souvent on assistera à un envahissement lent et sournois des tissus par les microbes venant de la dent, et nous aurons, d'une part, la formation d'un granulome, et d'autre part, une réaction de l'os environnant sous forme d'ostéite raréfiante.

Dès lors la voie vers le sinus est ouverte et la muqueuse du cavum va réagir à son tour, et tout d'abord sur les confins de l'hiatus alvéolo-sinusal. L'inflammation s'étendra ensuite en nappe dans la plus grande partie du sinus.

Dans certains cas, cette muqueuse donnera lieu à une suppuration plus ou moins abondante.

Dans d'autres cas, elle se transformera très lentement. Elle va s'épaissir, proliférer et donner lieu à la formation de fongosités, ou de masses polypoïdes remplissant peu à peu le sinus. On trouve également dans les sinusites anciennes un caséum plus ou moins épais au milieu des fongosités.

D'après les observations que nous avons dépouillées, cette forme de pachysinusite avec altération profonde de la muqueuse serait infiniment plus fréquente que la forme suppurée.

Dans la statistique des 249 sinusites chroniques d'origine manifestement dentaire observées et opérées par le Docteur Gahinet en 32 ans, la proportion des sinusites atypiques par rapport aux sinusites

chroniques classiques ou suppurées serait d'environ 75 %.

Nous n'entendons nullement pour autant affirmer que les sinusites chroniques *suppurées* d'origine dentaire ne représentent réellement que 25 % des sinusites causées par des dents infectées.

Nous avons demandé en effet au Docteur Closier, Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux d'Angers, qui en a lui-même opéré un grand nombre, dont une douzaine de cas avec la collaboration du Docteur Gahinet, quelle est, dans sa propre statistique, la proportion des sinusites torpides ou sans pus. Il nous a répondu que la proportion des sinusites purulentes représente environ 75 %.

L'explication de ces deux statistiques en apparence contradictoires ne peut être que la suivante :

Les malades atteints d'une sinusite chronique classique et évidente ne viennent pas chez le stomatologiste. Ils consulteront d'emblée un Oto-Rhino-Laryngologiste.

Les sinusites atypiques seront au contraire dépistées le plus souvent par le Stomatologiste à l'occasion de soins dentaires ou à l'occasion de l'extraction d'une première ou deuxième molaire du haut au cours de laquelle le sinus apparaîtra ouvert et infecté. Le diagnostic de la sinusite chronique torpide d'origine dentaire sera donc souvent une trouvaille d'extraction.

Quoi qu'il en soit, nous devons insister sur l'importance et l'étendue des lésions osseuses dans tous les cas.

L'altération du tissu osseux s'observe aussi bien sur la paroi externe ou jugale du sinus, souvent réduite à l'état d'une mince lamelle, que sur la paroi postérieure et inférieure où l'os poreux et profondément altéré se laisse enlever facilement à la curette.

Cette altération de toute l'infrastructure osseuse du maxillaire se constate non seulement au niveau de la dent causale, mais encore autour des molaires et prémolaires voisines qui souvent, saines et vivantes, sont entourées d'un tissu osseux manifestement malade.

Dans plusieurs des cas opérés en collaboration par le Docteur Gahinet et le Docteur Closier, l'importance des lésions osseuses a conduit les opérateurs à sacrifier des dents en apparence saines, parce que les lésions d'ostéite, altérant les alvéoles qui les entouraient, auraient pu déterminer des récidives.

Nous ne saurions donc trop insister sur le fait que les sinusites d'origine dentaire sont véritablement des ostéites propagées au sinus.

Nous ne pensons pas que l'infection du sinus se fasse habituellement par les voies vasculaires et lymphatiques *à travers l'os sain*, et nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'existe pas de sinusite chronique d'origine dentaire où la muqueuse sinusale seule est malade. L'alvéole et le plancher du sinus *sont toujours atteints*.



CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les remarques que nous venons de faire touchant l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique des sinusites chroniques d'origine dentaire, nous conduisent naturellement à les diviser en deux grandes classes en ce qui concerne les symptômes et le diagnostic.

A. — Sinusite chronique suppurée.

Certains auteurs, comme M. Gérard-Maurel dans son remarquable Traité de Chirurgie Maxillo-Faciale, prétendent même que « *seule* la sinusite maxillaire suppurée est considérée comme une véritable sinusite chronique, et quand on emploie l'expression de sinusite chronique on fait allusion à la sinusite suppurée. » Nous nous réservons de discuter cette affirmation, mais nous reconnaissons volontiers que la forme suppurée présente une symptomatologie bien caractérisée et une autonomie clinique incontestable.

Le patient mouche du ^{nez} pus d'un seul côté, il se plaint de percevoir une odeur plus ou moins nauséabonde, cacosmie subjective, il souffre de migraines et de céphalalgie à localisations diverses. La rhinoscopie an-

térieure, la diaphanoscopie, et, si c'est nécessaire, la radiographie et la ponction complètent les signes de certitude et le diagnostic ne souffre aucune difficulté.

Nous n'insisterons donc pas sur cette forme de sinusite.

Par contre, nous étudierons de plus près les formes atypiques et sans pus que nous avons surtout observées.

B. — Sinusites chroniques d'origine dentaire sans pus appréciable.

Revenant sur l'affirmation un peu excessive selon nous que nous avons relevée plus haut dans le Traité de M. Gérard-Maurel, nous prétendons, après en avoir opéré plus de deux cents, et constaté directement l'altération grave de la muqueuse et des parois osseuses du sinus, qu'il s'agit bien là de sinusites chroniques vraies. Nous croyons sincèrement que, lorsque les stomatologistes et les oto-rhino-laryngologistes et les médecins les rechercheront systématiquement, ces formes atypiques, le plus souvent ignorées, apparaîtront comme très fréquentes. Souvent aussi ces sinusites latentes, enfin repérées, apporteront au médecin l'explication satisfaisante d'une infection diffuse à localisations rénale, respiratoire, digestive ou cardiaque.

Nous regrettons de n'avoir pas la possibilité de rechercher ce qui a été publié depuis quelques années sur cette forme de sinusites.

Nous savons que M. Maurice Vernet a fait une com-

munication à la Société de Médecine de Paris sur les « Sinusites latentes » et que le Docteur Maurice Bouchet, laryngologiste des Hôpitaux, a lui-même étudié les sinusites atypiques et sans pus, mais nous n'avons pas eu le temps de nous procurer leurs travaux. Le Professeur Portmann s'est occupé lui aussi des sinusites chroniques d'origine dentaire qu'il a groupées sous le nom de « sinusites hypocrites ». Ce qualificatif imagé caractérise à merveille la symptomatologie fruste et sans relief de cette affection cependant redoutable par ses conséquences.

Ce que nous avons dit du mode de propagation lente et insidieuse de l'infection dentaire à l'os et au sinus permet de comprendre que la plupart des signes objectifs que nous avons énumérés à propos des sinusites purulentes, doivent manquer. Ils font en effet le plus souvent défaut.

Le tableau clinique habituel sera schématiquement le suivant :

Un malade, présentant une ou plusieurs molaires mortes dans la région du sinus, se plaint *d'une certaine gêne* ou de douleurs variables et inconstantes au niveau de la joue ou de la racine du nez, parfois de rhinorrhée du même côté et de cacosmie. Si on pousse à fond l'interrogatoire, il se plaindra de rhume de cerveau à répétition, de bronchite récidivante, de troubles digestifs fréquents. Il se plaindra surtout de céphalée habituelle à localisations variables, sous-orbitaires, frontale ou occipitale et parfois de migraines empêchant toute activité. L'état général sera

plus ou moins altéré. Il l'est parfois gravement avec amaigrissement, teint terreux et tendance à la neurasthénie.

Ce que nous avons dit de l'état où l'on trouve le sinus dans ces formes torpides lors de l'opération, explique assez la prédominance des phénomènes généraux. Il est évident qu'on se trouve devant une véritable infection focale massive, et que d'abondantes résorptions de toxines sont fatales dans ces foyers infectieux considérables et non drainés.

Ces sinusites sont des sinusites toxiques, et c'est le tableau d'une infection générale qui constitue ici la symptomatologie essentielle. Un tel ensemble de signes régionaux et généraux, coïncidant avec la présence sous le sinus d'une ou plusieurs dents mortes, *même si celles-ci ne présentent aucune sensibilité*, obligera le praticien averti à poser l'hypothèse d'une sinusite et à vérifier cette hypothèse par tous les moyens.

Le premier signe objectif qu'il doit rechercher, *parce qu'il est de règle*, est de vérifier, par une palpation minutieuse de la région vestibulaire, si une légère soufflure de l'alvéole et de la paroi antéro-externe du sinus est perceptible. En cas de sinusite, elle le sera toujours et elle est la conséquence de l'ostéo-périostite chronique qui, selon nous, ne manque jamais. En plus de la recherche de ce signe précieux, la transillumination en chambre noire et la radiographie pourront apporter des signes de certitude.

Cependant le résultat négatif de la radiographie de la ponction ou de la diaphanoscopie ne permet nullement de conclure que ce sinus est sain. La radio n'est pas toujours capable de déceler un envahissement infectieux et « nombre de dents mortes d'infection donnent des épreuves radiographiques négatives, alors que, lorsqu'elles sont extraites dans des conditions aseptiques, on trouve néanmoins à leur apex du streptocoque hémolytique. »

A défaut de signes de certitude ou tout au moins de grande probabilité donnés par la diaphanoscopie, la ponction, la radio ou encore par la méthode Watson-Walliams, le Docteur Gahinet, devant les signes cliniques que nous venons d'analyser, préconise l'extraction systématique des dents mortes situées sous le sinus présumé infecté.

Très souvent, après l'extraction, les fongosités existant dans le sinus apparaîtront visiblement au fond d'une alvéole qui, dans beaucoup de cas, s'ouvrira plus ou moins largement dans le sinus.

Ayant ainsi esquissé le tableau clinique des diverses formes de sinusite chronique d'origine dentaire, nous résumerons, pour ne pas alourdir cette rapide étude que nous reprendrons plus tard, huit observations seulement puisées dans le très abondant dossier que le Docteur Gahinet avait mis à notre disposition.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous ne dirons rien du traitement médical des sinusites chroniques d'origine dentaire, bien que nous connaissions quelques cas de guérisons, *au moins apparentes*, par des ponctions suivies de pulvérisations d'éphédrine.

En règle générale, nous partageons entièrement l'opinion de M. Gérard-Maurel affirmant que le vrai traitement des sinusites chroniques d'origine dentaire est le traitement chirurgical.

Dans le chapitre magistral qu'il a consacré à ce traitement chirurgical des sinusites qui nous occupent, il décrit d'une façon complète et très claire l'opération classique de Cadwel-Luc, mais il précise bien que cette opération qui convient admirablement au traitement des sinusites sans lésions osseuses appréciables, c'est-à-dire aux cas où *la muqueuse seule* est atteinte, ne saurait convenir aux formes où il existe des lésions osseuses concomitantes. Or, nous avons posé en principe que toutes les sinusites chroniques d'origine dentaire s'accompagnent de lésions osseuses plus ou moins graves, et qu'en vérité ce sont des ostéites propagées au sinus.

Le Cadwel-Luc ne convient donc pas pour le traitement chirurgical de ces sinusites. Il consiste, en effet, à aborder le sinus par une incision pratiquée en haut du sillon vestibulaire.

Cette incision se trouvant au-dessus du massif osseux infecté qu'il s'agit de réséquer, le Cadwel-Luc est évidemment à rejeter et, sur ce point, nous sommes encore parfaitement d'accord avec M. Gérard-Maurel.

Par contre, nous ne sommes plus de son avis quand il préconise pour le traitement de ces sinusites osseuses le procédé Lemorier-Desault complété il est vrai, ajoute-t-il, par une deuxième opération consistant dans l'exérèse large du foyer d'ostéite.

Or, M. Gérard-Maurel énonce lui-même, à la page 401 de son Traité, que les trois premiers temps du procédé Lemorier-Desault, à savoir l'incision dans le sillon vestibulaire, la trépanation de la fosse canine et le curettage du sinus par cette ouverture, sont exactement les mêmes que dans le procédé Cadwel-Luc.

Le procédé Lemorier-Desault ne permet donc pas davantage l'exérèse du foyer osseux, et il faut bien employer la voie alvéolaire pour la réaliser.

Nous sommes bien d'accord avec M. Gérard-Maurel sur l'indication opératoire. Il écrit fort bien qu'il faut pratiquer une exérèse large lorsque le tissu osseux est malade, et nous avons vu qu'il l'était toujours. Il ajoute fort justement : « S'il existe, fait exceptionnel, une lésion nécrosante, un véritable séquestre, on le traite par l'ablation, mais, dans la plupart des

cas, c'est une ostéite raréfiante avec ramollissement du tissu osseux, et c'est avec la curette que l'on opérera l'exérèse du tissu osseux malade. Il ne faudra s'arrêter, dans cette exérèse que lorsqu'on se trouvera en face d'un tissu osseux sain. Cette exérèse aboutit, dans la plupart des cas, à supprimer presque totalement la région du plancher du sinus. Il faudra descendre souvent assez bas vers la région du rempart alvéolaire et, souvent, on aura à le supprimer complètement. Dans certains cas même, une partie de la voûte palatine, très souvent une grande partie de la table externe, a été envahie et il faut les supprimer. »

Il est évident qu'après cette exérèse osseuse le sinus est entièrement sous les yeux de l'opérateur, et dès lors, nous ne comprenons pas que, préalablement à cette résection étendue, on ait cru devoir faire une incision dans le vestibule, ouvrir la fosse canine et curetter le sinus. N'ayant pas vu opérer M. Gérard-Maürel, nos critiques s'adressent à la description dont il est l'auteur pages 401 et 402 de son Traité.

Il est selon nous parfaitement inutile de faire une incision dans le sillon et d'ouvrir la fosse canine, puisque la voie alvéolaire et la suppression totale du plancher du sinus place celui-ci dans son entier directement sous les yeux de l'opérateur. Le curetage du sinus sera donc pratiqué plus logiquement après la résection osseuse, il se fera à ciel ouvert et avec un éclairage parfait, c'est ainsi que le Doc-

teur Gahinet procède depuis de nombreuses années et c'est la technique qui a été employée pour la douzaine d'interventions qu'il a pratiquées en collaboration avec le Docteur Closier à la Clinique Saint-Joseph.

Voici en quels termes le Docteur Gahinet décrivait à ses élèves ce procédé opératoire employé par lui dans une conférence datant de 1927.

« La voie la plus facile et la plus logique pour opérer une sinusite chronique d'origine dentaire, comportant toujours des lésions osseuses, est la voie alvéolaire.

Après une bonne anesthésie loco-régionale, le premier temps consistera à extraire les dents malades.

On décolle ensuite *très largement et ensemble* la muqueuse et le périoste du côté vestibulaire et du côté palatin jusqu'à la tubérosité.

Une pince écarte ces deux lambeaux, et l'on procède dans un troisième temps à la résection sous-muqueuse de toute l'infrastructure altérée en prenant le plus grand soin de ne pas traumatiser la muqueuse.

Le troisième temps est de beaucoup le plus laborieux, le plus difficile, et le plus délicat de l'opération.

Si, en effet, le plancher du sinus altéré profondément par le processus d'ostéite raréfiante se laisse enlever très facilement, il n'est pas de même de la partie alvéolaire et de la partie externe du sinus qu'il faut réséquer minutieusement et régulariser avec la curette, pour qu'il ne subsiste pas des arêtes

osseuses assez pointues pour blesser et perforer les parois muqueuses qui seront coaptées à la fin de l'opération pour fermer l'énorme brèche bucco-sinusale. Cette résection osseuse doit s'adresser aussi à la partie de la voûte palatine qui apparaîtrait comme altérée.

Il faudra aussi le plus souvent réséquer la tubérosité elle-même qui dans la plupart de nos opérations était profondément atteinte. Cette large résection osseuse étant terminée, l'opérateur éclairant le sinus dans son entier fera facilement le curettage de toute la muqueuse atteinte. Le quatrième temps ne demande dans les conditions où il s'accomplit que quelques minutes. On badigeonne ensuite l'intérieur du sinus avec un peu d'acide trichloracétique ou une solution de chlorure de zinc. Les deux volets mucopériostés sont alors rabattus. Comme ils sont trop longs après la résection osseuse qui a été pratiquée, on les taille au ciseau de telle façon qu'ils s'accolent exactement. On les maintient rapprochés par deux points de suture assez distants pour laisser passer entre eux une mèche de gaze iodoformée placée dans le sinus pour empêcher l'hémorragie. Cette mèche sera supprimée dès que le danger d'hémorragie sera écarté. On supprime les points de suture au bout de 5 à 6 jours et les lèvres de la plaie sont généralement bien accolées. La cicatrisation se fait en moyenne en une dizaine de jours, à condition que les soins post-opératoires, consistant essentiellement en seringuages au Dakin, *après chaque prise d'aliment*, soient faits *minutieusement*. C'est là un point essentiel.

Ce procédé opératoire, qui emploie exclusivement la voie alvéolaire, diffère sur plusieurs points du Lemorier-Desault, et il permet d'éviter dans presque tous les cas, par persistance d'une fistule bucco-sinusale nécessitant ultérieurement une auto-plastie de fermeture.

On pourrait reprocher à cette opération d'être mutilante en raison de l'importance de l'exérèse osseuse et de l'extraction de toutes les molaires plantées sous le sinus. Aussi doit-on réserver ce procédé aux cas où les lésions osseuses sont très étendues ce qui est la règle dans les sinusites très anciennes. Par ailleurs, quand la cicatrisation est terminée la restauration par une prothèse est parfaitement réalisable et tolérée, et nous avons vu de nombreux moulages qui le démontrent.

Nous ne voulons pas terminer cette rapide étude critique du traitement chirurgical des sinusites chroniques d'origine dentaire sans parler du procédé simplifié décrit et pratiqué par le Docteur Darcissac, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

Ce procédé consiste essentiellement après extraction de la dent causale à agrandir à l'aide d'une grosse fraise montée sur le tour ou même à la curette, la communication qui peut exister déjà entre l'alvéole et le sinus. Par ce trajet le lavage du sinus est pratiqué au Dakin pour évacuer le pus qui peut exister dans le sinus.

Le lavage est suivi d'un curettage du sinus au voisinage de l'orifice de trépanation, et ce curettage

nécessairement incomplet sera suivi par des cautérisations à l'acide trichloracétique qui, non seulement assurent la modification de la muqueuse malade, mais encore l'hémostase immédiate.

Le Docteur Darcissac expose ensuite comment il procède dans les jours suivants à de nouveaux lavages, et à de nouvelles cautérisations par l'acide trichloracétique et il insiste, avec juste raison, sur les précautions minutieuses qu'il s'impose dans le maniement de ce produit.

Le Docteur Darcissac, en qui tous les stomatologistes reconnaissent un maître opérateur, cite un certain nombre de cas où ce procédé, en effet très simple, lui a donné d'excellents résultats.

Nous craignons toutefois que dans les sinusites anciennes s'accompagnant de lésions osseuses étendues avec altération polypo-kystique de la muqueuse ce procédé ne donne pas les résultats décisifs de l'opération complète que nous avons exposée. On peut cependant l'employer quitte à revenir à une intervention radicale en cas de récurrence.

Dans l'observation n° I ce procédé a été employé par le Docteur Gahinet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mlle Bou..., 38 ans, est une habituée de mon cabinet depuis 20 ans. Il y a treize ans un de mes opérateurs en mon absence dut lui donner des soins pour une carie pénétrante de la première grosse molaire supérieure gauche. Cette dent fut dévitalisée, puis couronnée, et tout sembla rentrer dans l'ordre.

Il y a quatre ans, elle présenta des signes de polyarthrite symétrique progressive de la plupart des doigts de la main droite et de la main gauche. Elle consulta divers médecins qui essayèrent sans grand résultat des traitements divers iodé, salicylé, sels d'or, etc...

Un traitement par extrait thyroïdien fut ensuite institué après l'échec de ces diverses médications : résultat, néant.

Deux ans après le début des accidents elle vint à mon cabinet pour le traitement d'une incisive latérale désobturée, et c'est à cette occasion que son histoire clinique me fut rapportée par elle.

Elle me remit en même temps un mot du dernier médecin qui l'avait soignée. Il avait pensé en l'ab-

sence de tout antécédent infectieux, à l'influence possible *d'une lésion focale*. J'examinai de très près la dentition et mon attention fut attirée par la première grosse molaire supérieure gauche couronnée il y a 13 ans. Cette dent ne présentait ni mobilité, ni sensibilité bien nette, mais Mlle B... me rapporta que cette dent, qui au point de vue fonctionnel lui donnait toute satisfaction, l'inquiétait d'une façon intermittente, comme si, pour employer son expression, *elle avait eu besoin d'être ouverte ! !*

Par ailleurs, Mlle B... souffrait de fréquentes migraines qu'elle attribuait surtout à la polyarthrite.

La palpation minutieuse de l'alvéole du côté vestibulaire me permit de sentir une soufflure légère par rapport au côté correspondant. Ni le chaud, ni le froid, ni le choc ne donnant la moindre sensibilité.

Soupçonnant cependant une sinusite, je fis procéder à une radiographie des deux sinus après examen non concluant par un Oto-Rhino-Laryngologiste.

L'examen radiographique fut lui aussi négatif. Malgré ces résultats, Mlle B... fut d'accord avec moi pour supprimer la molaire douteuse.

L'examen de la dent extraite me permit de constater des lésions de cémentite sur deux des racines, et surtout une communication large de la racine palatine avec le sinus. L'examen du fond de l'alvéole que je décidai d'agrandir sur-le-champ à la curette me permit de ramener des paquets gélatineux au voisinage même de l'orifice. Ce sinus était évidemment atteint.

Ayant affaire à une malade très nerveuse et pusillanime, j'ai employé dans ce cas le procédé de M. Darcissac. Après une quinzaine de lavages au Dakin et de cautérisation à l'acide trichloracétique, le sinus s'est fermé au bout de quelques semaines. S'il n'y a pas eu de régression notable des lésions de polyarthrite, il n'y a pas de nouvelles articulations atteintes. Les migraines ont disparu et l'amélioration de l'état général est très sensible.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans qui a été soignée à Paris par le dentiste de sa famille. On lui a dévitalisé la deuxième grosse molaire supérieure de chaque côté. La première grosse molaire et la deuxième prémolaire, ayant dû être extraites antérieurement, la restauration fut réalisée par un bridge posé de chaque côté et s'étendant de la deuxième grosse molaire à la première prémolaire vivante.

Elle se présente à ma consultation en se plaignant de névralgies très douloureuses du côté gauche et à prédominance occipitale. Certains jours elle souffrait si cruellement qu'elle était incapable de la moindre occupation.

Elle incriminait nettement son bridge gauche, et ce fut aussi mon avis, car la deuxième molaire était un peu sensible à la percussion un peu forte et les

signes d'ostéo-périostite étaient très nets du côté de l'alvéole.

Je lui proposai l'enlèvement immédiat du bridge pour vérifier cette dent.

Après l'enlèvement du bridge la trépanation de cette molaire me permit de constater que la dent avait été soignée correctement, et je lui fis part de mes craintes quant à une sinusite possible.

Elle me répondit qu'elle avait été examinée peu auparavant par son oncle Oto-Rhinologiste exerçant à Paris, et qu'il n'avait rien trouvé.

Je l'adressai néanmoins au Docteur Closier qui conclut, malgré une radio là encore négative à un état pathologique du sinus.

Nous l'avons opérée ensemble et le Docteur Closier accepta volontiers que l'opération soit pratiquée suivant mon procédé. Après anesthésie loco-régionale, je procédai à l'extraction de la deuxième molaire et de la dent de sagesse elle-même gâtée. Après un large décollement muqueux, vestibulaire et palatin, une résection osseuse très étendue fut nécessaire. Le sinus trouvé plein de fongosités polypo-kystiques fut curetté à fond.

Comme il existait des lésions du côté de la fosse nasale, une contre-ouverture fut pratiquée, une mèche fut laissée en place et la plaie buccale fut suturée.

La cicatrisation était complète au bout de douze jours, et la malade pouvait quitter la clinique avec son sinus parfaitement fermé.

L'amélioration, hélas, ne fut que passagère, et le côté droit présentait bientôt les mêmes signes.

La céphalée reprit de plus belle, et il fallut procéder du côté droit à l'enlèvement du bridge, puis à la cure radicale du sinus qui fut trouvé moins atteint mais avec une muqueuse présentant les mêmes altérations profondes.

Depuis lors, l'état général de cette jeune femme s'est amélioré d'une façon prodigieuse, les migraines ont disparu, peu à peu elle a engraisé et, chose qui l'a un peu consolée de la perte de ses dents et de ses bridges, le teint terreux qu'elle avait depuis plusieurs années, s'est éclairci, les signes de toxémie ont disparu.

OBSERVATION III

M. C..., 21 ans.

Il s'agit d'un grand jeune homme maigre, un peu voûté, qui n'a jamais pu suivre des études régulières par suite d'une santé déplorable. Bronchites à répétition, coryza chronique, migraines fréquentes, le rendaient incapable d'une occupation suivie. L'état de la dentition est lamentable. Presque toutes les molaires du haut et du bas ont été successivement soignées.

Quand il vint me consulter il se plaignait surtout de cacosmie subjective et de céphalée.

Les molaires du haut soignées à plusieurs reprises

et réduites à l'état de moignons maintes fois plombées sans être à proprement parler douloureuses présentent toutes à l'examen des signes de réaction périostée.

La rhinoscopie pratiquée par le Docteur Closier, a révélé l'existence à gauche d'un polype au niveau du méat moyen, et bien que le sinus fût simplement obscur, mais pas intensément, nous avons posé le diagnostic de sinusite chronique d'origine dentaire, et nous l'avons opéré en collaboration comme dans l'observation n° II. Là encore le sinus d'une capacité énorme et qui semblait littéralement soufflé, fut trouvé rempli de saletés. La tubérosité fut enlevée entièrement à la curette, de même que tout le plancher du sinus profondément malade.

Dans ce cas également une contre-ouverture nasale fut pratiquée, et la suture de la plaie buccale réalisée.

La guérison, comme dans le cas précédent, fut complète au bout de 15 jours.

Comme dans le cas précédent aussi l'amélioration de l'état général ne fut pas très sensible et il fallut six mois après l'opération pratiquée à gauche opérer de la même façon le côté droit.

Depuis cette deuxième intervention, la transformation de ce jeune homme a été complète. La céphalée a disparu, et il a pu, peu à peu, reprendre une vie normale, et même se créer par son travail une situation très convenable.

OBSERVATION IV

M. B..., 58 ans, se plaint depuis longtemps de migraines et de cacosmie fort gênante. Il crache abondamment le matin au réveil et il se plaint d'avoir en permanence l'impression d'avoir le nez bouché.

Il présente à gauche une deuxième molaire supérieure obturée depuis longtemps et qui sert de support à un appareil de prothèse.

Signes de soufflure osseuse dans le vestibule au niveau de cette dent, mais pas de douleur.

Je propose la suppression immédiate de cette molaire, ce qui est refusé énergiquement sous prétexte qu'elle ne fait pas de mal, et qu'elle est doublement utile, puisqu'elle supporte un appareil.

Pour le décider je fais faire une radio par le Docteur P... qui conclut que l'aspect du sinus maxillaire gauche ne laisse aucun doute sur son état pathologique. L'opacité du sinus dépasse même de beaucoup la moyenne de celle qu'on constate dans la plupart des sinusites.

L'opération fut enfin acceptée.

Après résection osseuse de l'infrastructure et de la tubérosité, le sinus fut trouvé plein de caséum et de fongosités en quantité considérable. L'altération de la muqueuse dans sa totalité me parut tellement profonde que je m'abstins de fermer le sinus comme je le fais d'habitude, préférant le laisser en surveillance pendant plusieurs semaines.

Après lavages au Dakin et un certain nombre de cautérisations à l'acide trichloracétique la guérison fut obtenue en deux mois.

OBSERVATION V

M. B..., 53 ans, horticulteur, se plaint depuis plusieurs années de douleurs héli-craniennes et de moucher abondamment du pus malodorant du côté droit.

L'examen révèle de ce côté deux molaires très abîmées et qui, de temps en temps, deviennent sensibles à la pression.

L'état général est mauvais, l'amaigrissement et le teint plombé font penser à une tumeur maligne possible. L'haleine est fétide.

Je pose le diagnostic de sinusite d'origine dentaire que le Docteur Closier confirme après une rhinoscopie et la transillumination du sinus.

Il entre à la clinique le lendemain et nous l'avons opéré par notre procédé habituel.

Pour la première fois nous eûmes, au quatrième jour après l'opération, une hémorragie secondaire considérable qui nous obligea à faire sauter les points de suture pour pratiquer un tamponnement du sinus.

Nous relatons cet accident pour souligner sa rareté après un curettage bien complet du sinus. Dans tous les autres cas que nous avons opérés avec le Docteur Closier nous eûmes, au contraire, une cicatrisation rapide et sans histoire.

OBSERVATION VI

Mme de S..., 44 ans, se plaint depuis deux ans de céphalée, et cacosmie subjective. Elle a l'impression que la narine du côté droit est bouchée presque d'une façon permanente. Elle ne mouche pas. En hiver elle fait bronchite sur bronchite et elle a l'idée fixe qu'elle est gravement malade. Elle prend sa température tous les jours et note que la température monte parfois le soir entre 37°5-37°8. Elle ne souffre pas des dents, mais elle suppose que la cacosmie dont elle se plaint peut venir de sa dentition.

L'examen endo-buccal montre que les deux molaires du haut à droite sont des dents mortes. Elles sont dévitalisées depuis de nombreuses années et ne semblent pas avoir provoqué de douleurs appréciables depuis qu'elles ont été traitées.

Elles sont légèrement déchaussées l'une et l'autre, mais sans pyorrhée. Par contre, les alvéoles présentent des traces nettes d'ostéo-périostite chronique. Le Docteur Closier constate à la diaphanoscopie que le sinus est obscur, et l'opération est décidée et pratiquée par nous dès le lendemain avec notre procédé habituel. L'amélioration de l'état général a été progressive, mais la disparition des signes de toxémie a été très lente.

J'ai revu cette personne il y a quelques semaines et j'ai pu constater, après trois ans, que la disparition

du foyer sinusien avait fait cesser la plupart des signes qui avaient conduit cette malade à mon cabinet.

OBSERVATION VII

Mme C..., de Chalonnès, 45 ans. Cette malade souffre depuis 15 ans de douleurs héli-craniennes à prédominance occipitale et sus-orbitaire. Son médecin la soigna pendant plusieurs années pour une névralgie faciale.

En 1936, souffrant beaucoup au niveau de la canine supérieure droite, elle fit enlever par son dentiste cette dent ainsi que la petite incisive voisine.

Elle présenta à la suite de ces deux extractions des douleurs violentes pour lesquelles son médecin me l'adressa en consultation en juillet 1936.

Comme j'étais absent pour six semaines, elle consulta un laryngologiste qui la fit entrer à sa clinique et pratiquer un curettage et une résection alvéolaire complète.

Avant de procéder à cette opération une radio fut prise mais il semble que ni le radiologiste, ni le confrère laryngologiste n'attachèrent aucune importance à une dent visiblement incluse dans le sinus.

Le résumé de l'examen radiologique dit simplement que « l'opacité arrondie visible dans cette région

fait penser à un fragment osseux, ou plutôt, d'après sa forme, à une dent incluse. »

Aucun rapprochement dans les conclusions entre les douleurs ressenties par cette malade et l'anomalie constatée.

Après le grattage et la résection osseuse pratiqués par notre confrère, la malade continue à souffrir de plus en plus.

Elle vient à une consultation le 27 mars 1937, et m'apporte la radio prise l'année précédente.

L'examen clinique approfondi et l'étude attentive de la radio me permet de faire les constatations suivantes :

Signes subjectifs, douleurs hémi-craniennes à droite s'exaspérant la nuit, un peu de température le soir, mais de façon irrégulière.

L'examen endo-buccal me permet de constater une soufflure très nette de l'os dans la région vestibulaire s'étendant de la prémolaire à la tubérosité. La prémolaire est légèrement mobile, mais non douloureuse.

Je posai le diagnostic de kyste dentigère développé dans le sinus, et de sinusite concomitante probable. D'accord avec le Docteur Closier l'intervention eut lieu le 2 avril.

Insensibilisation loco-régionale. Au cours de cette insensibilisation l'aiguille pénètre profondément dans les tissus sans rencontrer de résistance appréciable, la raréfaction osseuse décelable d'ailleurs à la radio étant considérable. Après ablation facile de

la deuxième molaire et de la deuxième prémolaire nous pratiquons, suivant le procédé que nous avons décrit, la résection sous-muqueuse de toute l'infrastructure. Cette résection d'un os demi-mou se fait avec la plus grande facilité à la curette. Les fongosités recouvrant toute la région avoisinant le plancher sont enlevées et, après nettoyage de la région curettée, on aperçoit sous le plancher de l'orbite une tumeur, liquide, d'aspect blanchâtre et mobile avec les mouvements respiratoires.

On ouvre le kyste, et il s'écoule un liquide jaune très clair, contenant des paillettes de cholestérine, c'est-à-dire le liquide que l'on trouve habituellement dans les kystes *n'ayant jamais suppuré*.

Après ouverture la paroi kystique est enlevée au ciseau et on aperçoit alors la couronne de la dent incluse. Elle est très étroitement enchâssée dans de l'os très dur, et il faut la dégager au burin et au maillet pour pouvoir la saisir avec le davier et l'énucléer. Après l'ablation de la dent les bords osseux sont régularisés, puis on taille les lambeaux muqueux pour les affronter et les réunir par deux crins.

La guérison fut rapide, et l'état général de cette femme qui avait été au bord du suicide tant elle souffrait, s'est grandement amélioré, les douleurs hémi-craniennes ont diminué peu à peu. Cette femme, venue en 1938, déclare elle-même qu'elle bénéficie d'une renaissance véritable.

Cette observation nous a paru doublement intéres-

sante par la coexistence d'un kyste dentigère avec une sinusite torpide, et par les erreurs de diagnostic commises pendant de nombreuses années.

OBSERVATION VIII

Mlle M..., 54 ans, souffre depuis une quinzaine d'années de rhumes de cerveau à répétition, de bronchites durant généralement tout l'hiver et de céphalée.

En 1931, l'obstruction nasale gênant considérablement sa respiration elle consulta un confrère otorhinologiste qui proposa l'excision des cornets et l'ablation d'un polype découvert au méat moyen.

Cette intervention qui avait permis de constater un peu de pus dans la région ethmoïdale fut suivie au bout de quelques jours de l'apparition d'un phlegmon latéro-pharyngien avec forte température et état général sérieux.

Plusieurs débridements furent pratiqués le long de la gaine du sterno, et au bout de trois semaines la malade put quitter la clinique.

Malgré l'amélioration de l'état nasal la malade continue à souffrir de douleurs hémi-craniennes et tous les matins au réveil elle crache abondamment un liquide blanchâtre sentant très mauvais.

En 1933 elle consulte son dentiste (non médecin) pour une tuméfaction inflammatoire siégeant près

de la canine et des prémolaires supérieures gauches et remontant le long de l'aile du nez.

Une radio fut faite à ce moment comprenant le sinus et les racines des prémolaires et molaires siégeant sous le sinus.

Nous reproduirons ultérieurement cette radio très nette ainsi d'ailleurs que celle qui concerne l'observation n° VII.

Cette radio fut mal interprétée parce que le sinus apparut plutôt clair et le radiologue conclut seulement à la nécessité de l'extraction de la première prémolaire portant une couronne, ce qui fut fait en même temps d'ailleurs que l'extraction de la canine voisine pour des raisons peu compréhensibles.

Ces deux extractions furent suivies d'une double alvéolite très douloureuse qui ne céda qu'au bout d'une dizaine de jours.

Les douleurs hémi-craniennes ne s'amendant pas et l'écoulement d'un liquide nauséux continuant à se faire le matin, la malade retourna chez son dentiste qui pratiqua l'extraction des racines visibles de la première grosse molaire supérieure du même côté.

Toujours pas d'amélioration. Elle me fut conduite en septembre 1933 par la mère d'un de mes élèves et elle me remit la radio dont je viens de parler.

Elle m'exposa son histoire clinique et tous les signes subjectifs qu'elle ressentait.

L'examen endo-buccal permet de constater une soufflure vestibulaire. Les alvéoles de la canine et

de la prémolaire extraites quelques mois avant sont cicatrisées. Par contre il existe une fistule au niveau de l'alvéole de la grosse molaire dont les deux racines vestibulaires seules, ont été détruites. La racine palatine disparaissant entièrement dans le sinus avait été oubliée.

L'histoire clinique, l'examen de la radio, et l'examen endo-buccal nous permet de conclure à un kyste suppuré ouvert dans le sinus, diagnostic qui fut vérifié par l'opération radicale pratiquée par notre procédé habituel quelques jours après.

Cette malade a été suivie par moi régulièrement depuis 1933 et l'amélioration de l'état général a été progressive mais surprenante.

CONCLUSIONS

I. — Les sinusites chroniques d'origine dentaire sont les résultats d'une propagation lente et insidieuse d'une infection radiculaire à l'os, puis à la muqueuse du sinus.

II. — Les sinusites d'origine dentaire s'accompagnent toujours de lésions osseuses plus ou moins étendues du plancher sinusal et du rebord alvéolaire.

III. — Les sinusites chroniques provenant d'une infection radiculaire ne sont pas toujours des sinusites purulentes. Ce sont très souvent des sinusites atypiques à symptomatologie fruste. Ce sont des sinusites « hypocrites ».

IV. — Le diagnostic est parfois difficile et nécessitera, pour être posé, une analyse minutieuse des signes généraux résultant de la toxémie sinusale ainsi que la mise en œuvre systématique de la radiographie et de la diaphanoscopie.

V. — Le traitement chirurgical de la sinusite chronique emploiera de préférence la voie alvéolaire et

consistera essentiellement, après l'exérèse osseuse indispensable dans tous les cas anciens, à un curetage minutieux de la muqueuse, puis à la fermeture aussi rapide que possible de la communication buccosinusale.

Vu :

LE DOYEN :

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

MONDOR.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	7
<i>Chapitre Premier.</i> — Etiologie	9
<i>Chapitre II.</i> — Anatomie pathologique	14
<i>Chapitre III.</i> — Symptômes et diagnostic	18
<i>Chapitre IV.</i> — Traitement chirurgical	23
Observations	30
Conclusions	45



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



